

Прохоров В.Н., Прохорова О.В.

## Принципы неотложной психологической помощи пациенткам в акушерской практике

Кафедра акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург

Prokhorov V.N., Prochorova O.V.

### Principles of emergency psychological aid to patients in obstetric situation

#### Резюме

Актуальность необходимости оказания психологической помощи пациенткам в сложных клинических ситуациях определяется частотой возникновения при этом психологических проблем и отсутствием знаний и практических навыков у врачей в данной области. В статье излагаются данные об этапах изменения психологического состояния пациентов в неотложных клинических ситуациях и их особенностях у женщин с акушерско-гинекологической патологией, а также излагается информация об основных типах тревожных расстройств в виде фобий, панических, генерализованных тревожных, обсессивно-компульсивных расстройств и посттравматического психического стресса.

**Ключевые слова:** соматическая, акушерско-гинекологическая патология, психические реакции, психологическая помощь

#### Summary

The actuality of necessary psychological help to pregnant with severe somatical and especially obstetrical pathology in complex cases is determined with the rate of appeared psychological problems, which make difficulties in medical care to these patients, and the doctors lack of knowledge in this field. The materials for practitioners, especially obstetricians-gynecologists which contain data about periods of changing psychological status of urgent patients and their peculiarities in women with obstetrical pathology are developed in the article. The information about basic types of phobias, panic, generalized obsessive-compulsive disorders and posttraumatic stress is given.

**Key words:** somatical and obstetrics pathology, psychic reactions, psychological help

#### Введение

В медицинской практике при оказании амбулаторной и госпитальной помощи, особенно ургентной, пациентам практически любого профиля (акушерско-гинекологического, терапевтического, хирургического и т.д.) нередко возникают сложные клинические ситуации, когда заболевшему человеку, помимо исключительно медицинских диагностических и лечебных мероприятий, требуется срочная психологическая поддержка и даже серьезная психотерапевтическая помощь.

Нередко из-за психологических проблем, которые очень часто сопровождают сложные и, тем более, неотложные клинические ситуации, возникают затруднения с оказанием пациентам полноценной медицинской помощи [8,10]. На любом этапе лечебно-диагностического процесса требуется согласие пациента в устной или письменной форме на проведение диагностических и лечебных мероприятий, включая оперативные, манипуляций и процедур.

С этих позиций особого внимания заслуживают психологические аспекты процесса оказания медицинской

помощи женщинам в акушерской и гинекологической практике по следующим причинам: 1) эмоциональность женщины в популяции физиологически значительно выше, чем мужчины, а в процессе выполнения ею репродуктивной функции чувствительность и возбудимость ее нервной системы резко возрастает; 2) даже при физиологическом течении процессов, связанных с деторождением, у женщин имеет место повышенный уровень беспокойства и тревоги, нередко переходящий в хроническое стрессовое состояние; 3) при возникновении патологических отклонений в течении беременности, родов и послеродового периода уровень тревоги резко увеличивается, нередко переходя в панику или в депрессивное состояние, особенно, когда дело касается угрозы прерыванию беременности, угрозы здоровью самой женщины или ребенка; 4) любые симптомы, говорящие о наличии патологического процесса в половой сфере женщины, являются мощным стрессорным фактором, поскольку ставят под угрозу не только ее здоровье и женскую красоту, но и возможность иметь семью, родить ребенка и ощущать себя полноценной женщиной. По этим причинам

психологическая составляющая медицинской помощи в акушерстве и гинекологии является крайне важной [3].

Оценка особенностей психического состояния женщин в неотложных клинических ситуациях и способы оказания им психологической помощи на практике соответствуют общим принципам клинической психологии, но должны осуществляться без малейшего промедления и в крайне корректных формах [4].

Неотложные клинические ситуации часто становятся основой стрессовых и аффективных состояний у пациентов и чаще у женщин, поскольку: 1) тяжесть состояния женщины воспринимается ею как острая опасность для здоровья, что вызывает тревогу и даже страх за возникновение возможных серьезных последствий и страх за свою жизнь; 2) быстрота формирования и проявления болезненных симптомов часто не позволяет пациентке привыкнуть к этому своему новому и неприятному физическому состоянию и вызывает психологическую напряженность и стойкое беспокойство; 3) часто пациентка психологически не готова принимать кардинальные решения о согласии на проведение диагностических и лечебных процедур, инвазивных, в том числе оперативных, вмешательств в условиях недостаточной медицинской компетентности и острого дефицита времени, что является причиной растерянности и панического состояния; 4) в случаях наличия у женщины длительного хронического течения заболевания с чередованием рецидивов и ремиссий и отсутствии стойкого положительного эффекта возникновение очередного ухудшения также может приводить к состоянию растерянности, хронического страха, а в дальнейшем – к астенизации, к психологическому истощению и даже к психологическому срыву.

В случаях усиления у пациентки симптомов тревоги можно говорить о формировании “тревожного расстройства”. Существуют пять основных типов тревожных расстройств.

1) Фобия – это боязнь ситуации или какого-то объекта, например, визита к врачу или вида крови.

2) Паническое расстройство характеризуется такими физиологическими симптомами, как учащенное сердцебиение, одышка, головокружение. При этом людям часто кажется, что у них будет сердечный приступ или что они умрут.

3) Для генерализованного тревожного расстройства характерны: общая устойчивая тревога, даже не связанная с определенными объектами и ситуациями, часто присутствуют жалобы на постоянную нервозность, мышечное напряжение, дрожь, сердцебиение, головокружение, сухость во рту, потливость, головокружение и дискомфорт в области солнечного сплетения.

4) Обсессивно-компульсивное расстройство включает в себя обсессии – навязчивые мысли и идеи о возможной опасности – и компульсивность – повторяющееся поведение с целью избежать этой опасности.

5) Посттравматический стресс возникает в результате тяжелых потрясений и травм. Для него характерно повторное переживание психической травмы, ночные кошмары, при этом человек часто, иногда почти постоянно

но вспоминает о случившемся и не способен остановиться и не думать об этом [5].

Следует отметить наличие нескольких вариантов психологических реакций пациенток: 1) оптимальный; 2) покорно-послушный; 3) растерян-негативный. При первом варианте женщины внимательно выслушивают врача, задают вопросы по существу, активно обсуждают свое состояние и принимают предложенную врачом медицинскую помощь. Вторым вариантом представляется наиболее благоприятным для многих врачей, так как при этом пациентка молча выслушивает информацию, практически не задает вопросов, обычно не имеет никаких возражений и покорно соглашается со всеми предложениями врача. Третий вариант является самым сложным и чреват непониманием со стороны женщины и конфликтностью. При этом пациентка может задавать множество вопросов и как бы не слышит доводов и мнения врача, но может замкнуться и молчать, будто не слыша вопросов, а иногда может разразиться слезами, рыданиями и причитаниями по поводу своего состояния и своей несчастливой судьбы. При этом пациентки могут уходить от принятия решения, стремиться отложить его на неопределенное время, хотя предложения врача касаются неотложных диагностических или лечебных манипуляций или даже оперативных вмешательств.

Врачу любой специальности крайне важно понимание того, что неотложные клинические ситуации, как правило, сопровождаются изменениями психоэмоционального состояния пациентки и требуют внимания не только в медицинском, но и в психологическом аспекте. Чаще всего подобными клиническими ситуациями являются случаи серьезных, потенциально опасных для здоровья и жизни пациента заболеваний, например, в акушерско-гинекологической практике – случаи маточного кровотечения, артериальной гипертензии или гипоксии плода при беременности, а в общей медицинской практике – случаи гипертонического криза, подозрения на инфаркт миокарда или тромбозомболии легочной артерии со стертой клинической картиной. Врач любой специальности должен быть всегда готов в общемедицинском и в психологическом плане к напряженным личностным реакциям пациентов:

1) клинически, то есть обладать соответствующими знаниями и умением распознать и грамотно оценить клиническую ситуацию, уметь быстро и четко определить необходимость и очередность диагностических и лечебных манипуляций, в том числе инвазивных, определить необходимость вызова консультантов и решить вопрос об экстренном хирургическом вмешательстве;

2) психологически, т. е. должен обладать соответствующими психологическими качествами, в частности, умением сохранять хладнокровие и выдержку, ясность ума для принятия необходимых решений, выдержку, чтобы не допустить срыва в неуправляемое поведение даже в конфликтной ситуации, не войти в состояние растерянности или паники. Врач должен уметь войти в конструктивный контакт с пациенткой, объяснить ей возникшую клиническую ситуацию и осуществлять все свои

действия при полном взаимном понимании с женщиной. Совершенно необходимы такие качества, как наличие собранности, концентрации внимания, быстрота и четкость клинического анализа и умение принимать правильное и ответственное решение, иногда в считанные минуты.

3) организационно, т.е. уметь осуществить организацию быстрого и четкого оказания медицинской помощи, оповестить членов врачебной бригады, включая ответственного дежурного врача, который в итоге принимает все необходимые решения и несет за них ответственность, а также в особо сложных случаях информирует руководителей службы.

Следует помнить, что в последние годы проблемы юридической ответственности медицинского персонала в процессе оказания медицинской помощи все чаще становятся реалиями жизни [9].

### **Алгоритм действий врача акушера-гинеколога с психологических позиций в неотложной клинической ситуации**

1. Знакомство с пациенткой и установление с ней психологического контакта: врач должен представиться и четко, но без излишней торопливости и в доброжелательной форме выяснить жалобы, анамнестические данные и произвести клинический осмотр. Необходимо стремиться к созданию доверительной и неформальной атмосферы общения.

2. Оценка клинической ситуации: проведение методов физического исследования должно производиться бережно. Врачу необходимо осуществлять действия, способные вызвать болевые ощущения, особенно деликатно, предварительно предупреждая об этом пациентку. Не следует при осмотре произносить слова, говорящие о тяжести состояния, серьезных осложнениях или сомнениях в исходе заболевания. Не следует даже мимикой или межбровными выражать озабоченность состоянием пациента и неуверенность в благоприятном исходе заболевания. Эти же требования относятся к поведению врача в моменты его знакомства с данными лабораторных и инструментальных методов обследования, даже если эти показатели крайне неблагоприятны. Если пациентке требуется проведение дополнительных методов диагностики, в том числе инвазивных, или консультации других специалистов, то следует спокойным тоном объяснить ей необходимость этого, не уходя в подробности. Если отсутствует возможность осуществить какое-то диагностическое мероприятие (анализ, консультацию), не следует сокрушаться по этому поводу и проявлять недовольство, лучше об этом даже не упоминать при пациентке. Выражение лица врача всегда должно быть спокойным, деловым и доброжелательным. В процессе осмотра врачу следует успокаивать пациентку, стараться уменьшить ее напряженность и чувство страха, произнося слова поддержки и участия.

3. Информирование пациентки о клинической ситуации: должно проводиться, когда врач, проанализировав все данные о состоянии женщины, принял решение о проведении необходимых лечебных мероприятий. Бе-

седу лучше проводить в отдельном кабинете или, создав элементы уединения, в общей палате (попросить других пациентов выйти или не мешать). Врач спокойным негромким голосом объясняет пациентке ситуацию с ее заболеванием и предполагаемый объем медицинской помощи. Не следует излагать информацию слишком пространно, но и не следует ограничиваться двумя-тремя фразами, так как это обычно усиливает тревожность женщины. При беседе стараться не употреблять непонятных медицинских терминов или же сразу объяснять их значение и обязательно учитывать общий и культурный уровень развития женщины.

Если предполагается осуществление инвазивных или каких-либо серьезных видов медицинской помощи (эндоскопические процедуры, оперативное лечение, перевод в реанимационное отделение и т.д.), спокойным и уверенным тоном следует объяснить необходимость и даже обязательность данных мероприятий, указать, что это делается строго в интересах пациентки и без этого любые другие медицинские мероприятия будут недостаточно эффективны или вообще неэффективны. В любом случае в заключительных словах врач должен выразить уверенность в улучшении состояния или в выздоровлении (в зависимости от ситуации), подтверждая это тональностью слов и выражением лица. Степень оптимистичности прогноза может быть различной – от осторожного оптимизма до категорического утверждения о благополучном исходе заболевания, но в любом случае после общения с врачом у пациентки должны сформироваться уверенность в том, что квалификация медицинского персонала, его доброжелательность и заинтересованность в ее судьбе являются гарантом выздоровления. Врач обязательно должен стремиться сформировать у пациентки стойкую надежду на выздоровление, на возвращение к обычной жизни. Успокаивая пациентку, можно ссылаться на грамотность и высокий уровень профессионализма персонала, на современное оборудование учреждения, на свой врачебный опыт, указывать, что подобные случаи, закончившиеся выздоровлением, уже бывали в практике и т.д.

4. Принципы поведения врача при отказе пациентки от медицинской помощи или возникновении конфликтной ситуации. В этих случаях никогда не следует проявлять негативизм в любой форме, не давать никаких критических и негативных комментариев, не следует угрожать или пугать, даже если у пациентки произошел нервный срыв, и она дерзит. Сохраняя в полной мере достоинство и самообладание, следует призвать ее к корректной, цивилизованной форме ведения беседы, напомнить, что врач выполняет свой служебный долг и не должен подвергаться никакой форме давления или унижения. Всегда надо помнить, что пациентка – это человек с измененной, иногда болезненной психикой и что она имеет полное юридическое право принять или отвергнуть любой вид медицинской помощи.

Сохраняя в полной мере корректность и уважительность по отношению к пациентке, следует объяснить ей недостаточное понимание ситуации или заблуждения, постараться избавить от возможных страхов и опасений.

Для максимальной доказательности можно показать ей результаты медицинского обследования, можно также дать некоторое время подумать и обсудить ситуацию с родственниками, можно пригласить для беседы старшего коллегу. Лишь в самом крайнем случае следует предложить женщине заполнить документ об отказе от инвазивной процедуры или от операции, пояснив, что этого требует протокол ведения пациентов. Даже в этом случае категорически следует сохранять уважительность и доброжелательность по отношению к пациентке, не теряя самообладания и не выражая негативизма ни словами, ни их тональностью, ни мимикой, используя приемы психологического консультирования и позитивной психологической коррекции [6].

## Заключение

Знания и умения врача акушера-гинеколога в области психофизиологии поведения пациенток, а также навыки оказания им психологической помощи, безусловно, будут способствовать повышению качества медицинской помощи и улучшению ее результатов. ■

*В.Н. Прохоров - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии УГМУ, г. Екатеринбург; О.В. Прохорова - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии УГМУ, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Прохорова Ольга Валентиновна, 620028, Екатеринбург, ул. Ретина д.3, кафедра акушерства и гинекологии, т.сот. 8922-207-9912 E-mail: prokhorova-ov@yandex.ru.*

## Литература:

1. Акушерство: национальное руководство. Под ред. Айламазяна Э.К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е., Савельевой Г.М. М: ГЭОТАР-Медиа 2007. - 1200 с.
2. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство для врачей. 4-е изд., перераб. доп. / Айламазян Э.К. и др. СПб: СпецЛит 2007. - 400 с.
3. Перинатальная психология и психиатрия: В 2 т.: учеб. пособие: Рекомендовано УМО / Под ред. Н.Н.Володина, П.И.Сидорова. - Т. 1: Н.Н.Володин, П.И.Сидоров, Г.И.Чумакова и др. - 2009. - 304 с.; Т.2: Н.Н.Володин, П.И.Сидоров, Г.И.Чумакова и др. - 2009. - 256 с.
4. Психология деятельности в экстремальных условиях. Под ред. А.Н. Блеера. М: Академия 2012. - 256 с.
5. Психология экстремальных ситуаций. Под ред. Ю.С.Шойгу. М: СПбУ ГПС МЧС России 2012. - 320 с.
6. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учеб. пособие: Допущено УМО. - 7-е изд., стер. М: Академия 2012. - 208 с.
7. Щербинина Ю.В. Речевая защита: Учимся управлять агрессией. М.: ФОРУМ 2012. 304 с.
8. Shurtz I. The impact of medical errors on physician behavior: evidence from malpractice litigation. J. Health Econ. 2013 Mar; 32(2): 331 - 40.
9. Hickson G.B., Entman S.S. Physician practice behavior and litigation risk: evidence and opportunity. Clin. Obstet. Gynecol. 2008 Dec; 51(4): 688-99.
10. Mahar P, Wasiak J., Batty L., Fowler S., Cleland H., Gruen R.L. Interventions for reducing wrong-site surgery and invasive procedures. Cochrane Database Syst. Rev. 2012 Sep. 12; 9: CD009404.